



# Antihistaminiques contre la rhinosinusite allergique : Atchoo-oisir le bon traitement

## QUESTION CLINIQUE

**Les antihistaminiques oraux soulagent-ils les symptômes chez les adultes atteints de rhinosinusite allergique?**

## CONCLUSION

Par rapport au placebo, les antihistaminiques oraux atténuent de ~10-30 % les symptômes de rhinosinusite sur 2-12 semaines. Tous les antihistaminiques semblent être d'efficacité comparable. Plus de patients sous corticostéroïdes intranasaux (~78 %) obtiennent une amélioration modérée ou supérieure par rapport aux patients sous antihistaminiques (~58 %). Il ne semble pas y avoir de différence pertinente entre les antihistaminiques et les antagonistes des récepteurs des leucotriènes ou l'ajout d'un antihistaminique aux corticostéroïdes intranasaux.

## DONNÉES PROBANTES

- Résultats statistiquement significatifs, à moins d'indication contraire.
- Antihistaminiques contre placebo :
  - Revue systématique (7 études avec répartition aléatoire et contrôlées [ÉRAC], 639 patients) portant sur les antihistaminiques contre placebo pendant 2-12 semaines<sup>1</sup>.

- Score d'obstruction nasale évalué par les patients (échelle de 0-3; les scores plus élevés indiquent un cas plus grave), score initial = 1,65 : le placebo a soulagé les symptômes de 16 % et les antihistaminiques de 48 %.
- Revue systématique (5 ÉRAC, 3329 patients) sur la bilastine (antihistaminique récent) c. placebo sur 1-12 semaines<sup>2</sup>.
  - Ampleur de l'effet sur le score total des symptômes = 0,28, semblable pour soulager les symptômes de 10-16 % par rapport au placebo<sup>3</sup>.
- D'autres revues systématiques ont donné des résultats comparables<sup>4-6</sup>.
- Antihistaminiques c. antihistaminiques :
  - Les revues systématiques n'ont fait ressortir aucune différence statistique ou clinique du score total des symptômes ou des symptômes nasaux entre antihistaminiques<sup>2,7</sup>.
- Antihistaminiques et autres agents :
  - Deux revues systématiques (5-16 ÉRAC, 990-2267 patients) ont comparé les corticostéroïdes intranasaux aux antihistaminiques sur 2-8 semaines<sup>8,9</sup>. Le score total des symptômes nasaux s'est davantage amélioré sous les corticostéroïdes intranasaux (51 %) que sous les antihistaminiques (31 %).
    - La proportion ayant obtenu au moins la maîtrise modérée<sup>10</sup> était supérieure sous les stéroïdes intranasaux (78 %) que sous les antihistaminiques (58 %), nombre de sujets à traiter = 5.
  - Revue systématique (13 ÉRAC, 5066 patients) sur les antihistaminiques ajoutés aux corticostéroïdes intranasaux c. corticostéroïdes intranasaux seuls sur 2-6 semaines<sup>11</sup>.
    - Les antihistaminiques n'ont pas apporté un bienfait clinique pertinent.
    - D'autres revues systématiques ont donné des résultats comparables<sup>12-13</sup>.
  - Deux revues systématiques (9-14 études à conception mixte, 4458-5781 patients) sur les antihistaminiques c. antagonistes des récepteurs des leucotriènes sur 1-12 semaines : Pas de différence cliniquement pertinente<sup>14,15</sup>.
- Limites : Il y en a trop pour toutes les nommer, mais elles comprennent analyse par protocole, techniques incorrectes de méta-analyses, études négatives non publiées et échelles définies différemment<sup>1,7,11,12,15</sup>.

## CONTEXTE

- La plupart des antihistaminiques et de nombreux corticostéroïdes intranasaux sont en vente libre.
- Les données sur les effets indésirables sont peu fréquemment rapportées, contradictoires et les statistiques groupées non généralement impossibles à interpréter sur le plan clinique<sup>16</sup>. Par rapport au placebo :
  - La diphenhydramine est légèrement à modérément plus sédative (ampleur de l'effet = 0,36).
  - Les antihistaminiques de deuxième génération sont légèrement plus sédatifs (ampleur de l'effet = 0,14)<sup>16</sup>.
  - Certains antihistaminiques seraient moins sédatifs : la fexofénadine c. autres de deuxième génération (statistique impossible à interpréter)<sup>17</sup> ou la bilastine (3 %) c. la cétirizine (7 %)<sup>2</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Hore I, Georgalas C, Scadding G. Clin Exp Allergy. 2005 Feb; 35(2):207-12. doi: 10.1111/j.1365-2222.2005.02159.x. Errata dans : Clin Exp Allergy. 2005 Apr; 35(4):547.
2. Singh Randhawa A, Mohd Noor N, Md Daud MK et coll. Front Pharmacol. 2022 Jan 10; 12:731201.
3. Bachert C, Kuna P, Sanquer F et coll. Allergy. 2009 Jan; 64(1):158-65.

## AUTEURS

**Betsy Thomas**, B.Sc. Pharm.,  
**Anthony Train**, MBChB M.Sc.  
 CCMF, **G Michael Allan**, M.D.  
 CCMF

4. Canonica GW, Tarantini F, Compalati E et coll. *Allergy*. 2007 Apr; 62(4):359-66.
5. Compalati E, Baena-Cagnani R, Penagos M et coll. *Arch Allergy Immunol*. 2011; 156(1):1-15.
6. Mösges R, König V, Köberlein J. *Allergol Int*. 2011 Dec; 60(4):541-6.
7. Xiao J, Wu WX, Ye YY et coll. *Am J Ther*. 2016 Nov/Dec; 23(6):e1568-e1578.
8. Juel-Berg N, Darling P, Bolvig J et coll. *Am J Rhinol Allergy*. 2017 Jan 9; 31(1):19-28.
9. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. *BMJ*. 1998 Dec 12; 317(7173):1624-9.
10. Schoenwetter W, Lim J. *Clin Ther*. 1995 May-Jun; 17(3):479-92.
11. Du K, Qing H, Zheng M et coll. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020 Nov; 125(5):589-596.e3.
12. Feng S, Fan Y, Liang Z et coll. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016 Nov; 273(11):3477-3486.
13. Seresirikachorn K, Chitsuthipakorn W, Kanjanawasee D et coll. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2018 Oct; 8(10):1083-1092.
14. Xu Y, Zhang J, Wang J. *PLoS One*. 2014 Nov 10; 9(11):e112815.
15. Feng Y, Meng YP, Dong YY et coll. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2021 Jun 29; 17(1):62.
16. Bender BG, Berning S, Dudden R et coll. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Apr; 111(4):770-6.
17. Huang CZ, Jiang ZH, Wang J et coll. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2019 Nov 29; 20(1):72.

*Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.*

**OUTIL DE LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR**



**EN PARTENARIAT AVEC**



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les **D<sup>rs</sup> G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca).

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*